RLISS du Nord-Est

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Rapport annuel 2012-2013

Ontario

Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale 3
Mission et vision 4
Région du RLISS du Nord-Est 5
Faits, statistiques et chiffres 6
Conseil d'administration du RLISS du Nord-Est 9
Entente de rendement MSSLD-RLISS (ERMR) 10
Rapport sur les indicateurs de rendement en vertu de l'ERMR 11
Participation communautaire 14
Participation communautaire avec nos Autochtones, Premières Nations et Métis 15
Participation communautaire avec nos Francophones 16
Plan de services de santé intégrés (PSSI) – Respecter les priorités locales et provinciales 17
Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins (ANS) 17
Temps d'attente aux services des urgences (SU) 18
Services de santé pour les Autochtones/Métis/Premières Nations 18
Services de santé en français 18
Services de santé mentale et de toxicomanie 19
Ressources humaines en santé 20
Optimisation des services chirurgicaux 20
Dossiers de santé électroniques 21
Stratégie de lutte contre le diabète 22
Activités d'intégration 23
Analyse du rendement opérationnel du RLISS du Nord-Est 25
États financiers 26

RLISS du Nord-Est

555, rue Oak Est,
3e étage
North Bay
P1B 8E3

264, rue McNabb,
2e étage
Sault Ste. Marie
P6B 1Y6

Rainbow Centre
40, rue Elm, bureau 247
Sudbury
P3C 1S8

119, rue Pine Sud,
Bureau 307
Timmins
P4N 2K3

Téléphone : (705) 840-2872 Sans frais : 1 866 906-5446 Télécopieur : (705) 840-0142
Courriel : engagingwithyou@lhins.on.ca **www.nelhin.on.ca**

Photo en couverture : Robert Muraska (à gauche), Sally Power et Robyn Flaxman restent en forme en faisant du ski de fond et de la raquette dans le vaste territoire de 400 000 kilomètres carrés du Nord-Est de l'Ontario.

ISSN 1918-0608 Rapport annuel 2012-2013, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale

Ce rapport annuel décrit le travail accompli par le RLISS du Nord-Est pour dialoguer avec les gens du Nord afin d'améliorer l'accès aux soins dans le Nord-Est de l'Ontario au bon endroit et au bon moment. Le processus décisionnel du RLISS vise essentiellement à veiller à ce que les voix des gens du Nord soient entendues et reflétées dans l'édification d'un système de santé local qui fournit de bons soins, au bon endroit, au bon moment et en tenant compte des coûts.

Louise Paquette, directrice générale

Elaine Pitcher, présidente du conseil

Voici quelques points saillants de l'exercice qui vient de s'écouler :

- Élaboration de **plans de réalignement** pour la grande région de Cochrane et le district du Temiskaming et collaboration avec les partenaires pour réaligner les services de santé dans l'intérêt de meilleurs soins pour les patients.
- Appui à deux **maillons santé** pour améliorer la coordination des soins aux patients atteints de troubles complexes dans les régions de Timmins et Temiskaming. Selon ce nouveau modèle clinique de soins, les fournisseurs d'une communauté coordonnent des plans de soins pour les patients.
- Publication de notre **Plan de services de santé intégrés (PSSI)** fondé sur les commentaires de plus de 4 000 résidents du Nord. Élaboré par des gens du Nord pour les gens du Nord, le plan triennal énonce quatre priorités : améliorer la coordination des soins primaires; renforcer la coordination des soins et les transitions entre les milieux de soins pour améliorer l'expérience du patient; accroître l'accessibilité des services de santé mentale et detoxicomanie; cibler les besoins des populations culturellement diversifiées.
- Examen des **soins de réadaptation et des soins continus complexes** de notre région et réalisation des recommandations visant à améliorer l'accès aux lits et aux services et la circulation des patients dans ces secteurs.
- Amélioration de l'accès aux services de **santé mentale** en investissant dans des initiatives comme des travailleurs spécialisés en traitement pour dépendance opiacée, des infirmières en milieu scolaire et l'établissement d'un centre communautaire de services d'intervention en cas de crise à Sudbury pour prendre soin des membres de la communauté.
- Séjour de deux jours dans les **communautés de la baie d'Hudson et de la baie James** en compagnie de notre responsable des soins primaires, de deux gériatres du Nord-Est et du D[r] Samir Sinha, responsable de la Stratégie des soins aux personnes âgées de la province pour nous renseigner sur les enjeux des aînés et autres résidents de la côte et proposer des solutions.
- Organisation de quatre forums pour souligner le travail accompli dans la région grâce à quatre collaborations uniques : **prévention et gestion des maladies chroniques, télémédecine, prévention des chutes chez les aînés et santé mentale et dépendances.**
- Meilleur accès aux soins grâce à des **investissements technologiques** dans des infirmières en télémédecine, des télésoins à domicile et des infirmières d'intervention rapide.

La démographie du Nord-Est ontarien évolue vers une population vieillissante et notre système de santé doit rester à la hauteur et offrir des programmes et services qui conviennent aux gens d'ici. Notre RLISS continuera d'engager les gens du Nord pour assurer que le processus décisionnel profite à chacun de nous à domicile, dans la communauté et aussi près que possible de notre lieu de résidence.

Elaine Pitcher, présidente du conseil

Louise Paquette, directrice générale

Bienvenue au RLISS du Nord-Est

Irene Fielding reste active et en santé en jouant avec ses petits-enfants – Eliana Santos, six mois, Mila Santos, 2 ans et Libby Giroux, 3 ans. Dans le Nord-Est ontarien, 18 % des gens ont plus de 65 ans et ce chiffre pourrait atteindre 30 % d'ici à 2036.

Mission :

To advance the integration of health care services across Northeastern Ontario by engaging our local communities.

« Favoriser l'intégration des services de santé dans le Nord-Est de l'Ontario en engageant nos communautés locales. »

Enkiichigaadeg waazhi maajiishkaang maamwizwin eni zhischigaadeg wii minoyaang naadmaadwin.
Giiwednowaabnong nikeya dinokiiwning ni zhischigaadeg wii minwaabminaagog endnokiishnang

ᑭᒋ ᒥ·ᓇᔑᑕᓂ·ᐊᐠ ᐁ ᒪᒪ·ᐃᓂᑲᑌᑭ
ᒥᓄ ᐱᒪᑎᓯ·ᐃ ᐸᒥᐃ·ᐁ·ᐃᓇ
ᔆ·ᐸᐟᑲᒥᐠ ᑭ·ᐁᑎᓄᐠ ·ᐊᐸᓄᐠ
ᐅᐢᑌᓗᐅ ᐁ ᓇᑕᒪ·ᐊᑯᐠ ᑭᐟ
ᐃᑕ·ᐃᓂᓇ·ᐊᓭ

Vision :

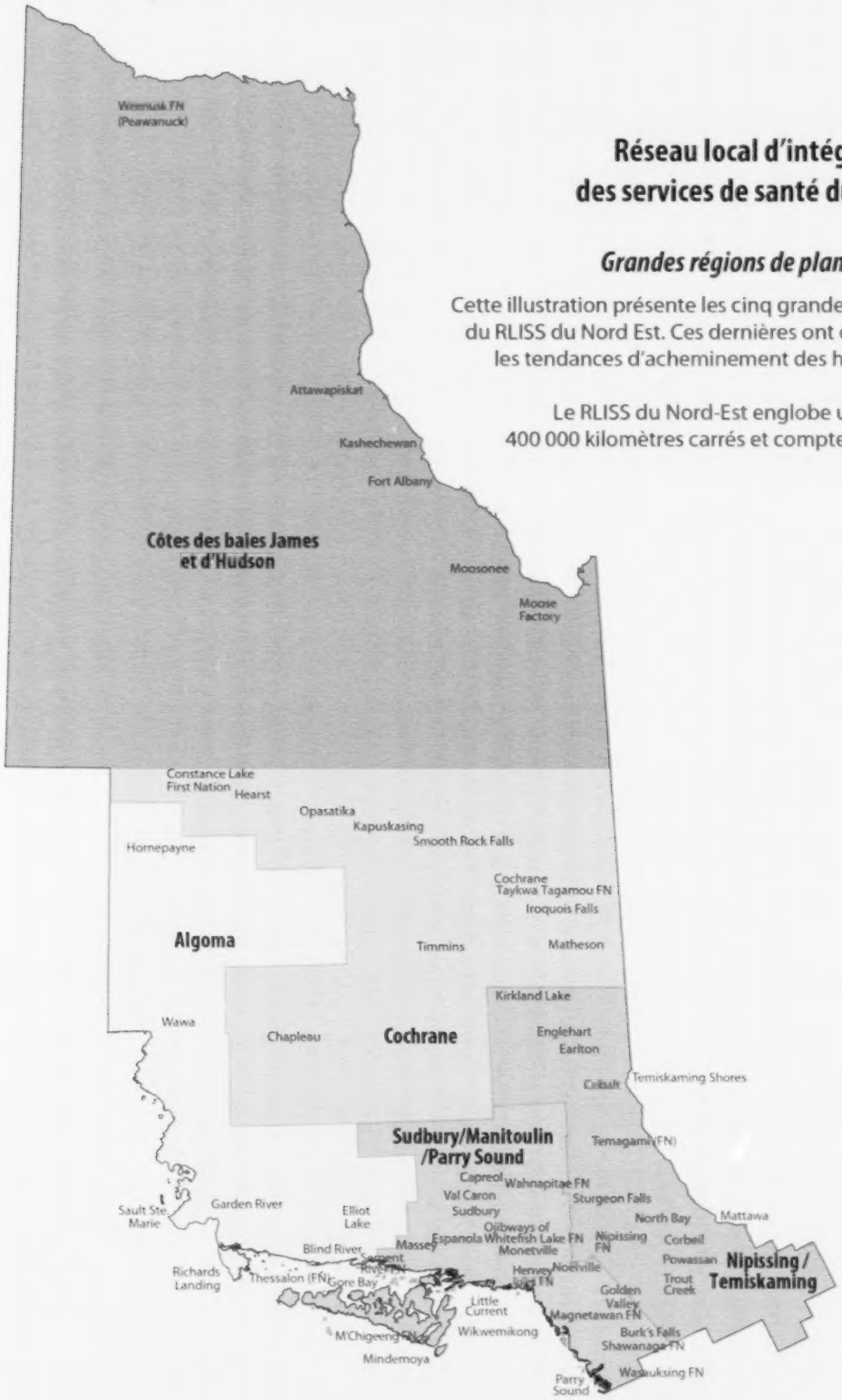
Quality health care, when you need it.

Des services de santé de qualité au moment voulu.

Ezhi gshkitoong go waani zhi mino yang naadgo wendming pii ndo wendaagog.

ᐁ ᒥ·ᓇᔑᐠ ᒥᓄ
ᐱᒪᑎᓯ·ᐃ ᐸᒥᐃ·ᐁ·ᐃᐢ
ᐃᐟᐱ ᑲ ᐢᑕ·ᐁᓂᑕᒪᐢ

La région du RLISS du Nord-Est



Réseau local d'intégration des services de santé du Nord Est

Grandes régions de planification

Cette illustration présente les cinq grandes régions de planification du RLISS du Nord Est. Ces dernières ont été déterminées d'après les tendances d'acheminement des hôpitaux de la région.

Le RLISS du Nord-Est englobe un territoire de 400 000 kilomètres carrés et compte 553 091 habitants.

Faits, statistiques et chiffres sur le Nord-Est

Démographie :[1]

- 553 091 personnes disséminées sur plus de 400 000 kilomètres carrés; plus de 53 % de notre population vit dans des petits centres ruraux (moins de 30 000 personnes).
- Population décroissante -- (5,4 % depuis 1996) (la croissance provinciale est d'environ 20 %).
- Croissance minimale – la population devrait croître de seulement 1 % entre 2011 et 2036.
- Population plus âgée – 18 % des gens ont plus de 65 ans, comparativement à 13 % pour l'Ontario. Ce nombre devrait augmenter à 30 % d'ici à 2036 (comparativement à 22 % pour l'Ontario).
- Diversité culturelle – près de 10 % d'Autochtones; 22 % de Francophones.

Fournisseurs de services de santé :

Le RLISS du Nord-Est octroie 1,4 milliard de dollars par an à 156 fournisseurs de services de santé offrant 182 programmes dans la région. Les ententes suivantes sont conclues :

- 115 ententes de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M) visant les services de soutien communautaire (p. ex. popote roulante et aide à domicile) ainsi que les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie
- 25 ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H)
- 42 ententes de responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD).

Services de santé :

- 538 médecins de famille, un centre médical de groupe (34 médecins de famille), 27 équipes de santé familiale, six centres de santé communautaire, six cliniques dirigées par des infirmières, 16 postes de soins infirmiers, trois centres de santé autochtones.
- Accès Soins a contribué à mettre les gens du Nord en rapport avec des fournisseurs de soins primaires. Entre février 2009 et mars 2013, 49 311 résidents du RLISS étaient inscrits au programme et près de 70 % d'entre eux avaient été acheminés à un fournisseur.
- 108 lits de soins de longue durée pour chaque tranche de 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus (2012), par rapport à 86 lits en Ontario.

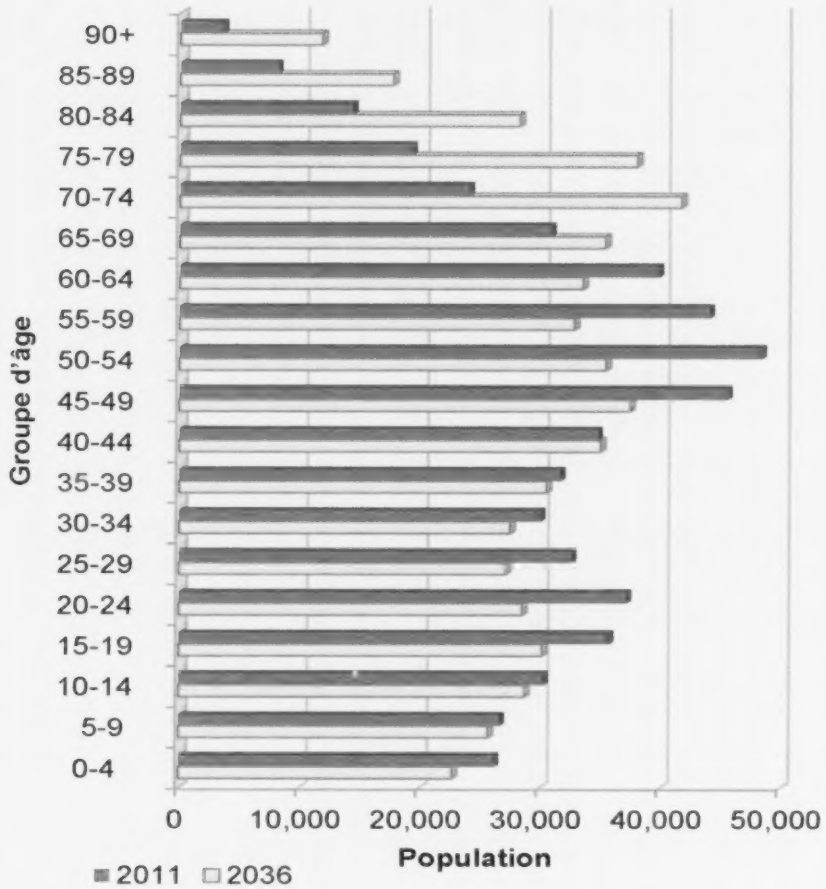
Margaret Jones, Dorothy Robidoux et Iverna Whalen restent actives en jouant aux quilles une fois par semaine. Dans le Nord-Est ontarien, le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète, l'arthrite et l'asthme est supérieur à la moyenne provinciale.

[1] *Statistique Canada – Recensement de 2011*

Faits concernant la santé :[2]

- L'espérance de vie est plus faible que celle des résidents de l'Ontario : 76,5 ans pour les hommes (79,2 ans en Ontario) et 81,4 ans pour les femmes (83,6 ans en Ontario).
- La mortalité prématurée, une mesure des taux de mortalité (par tranche de 100 000 habitants) avant l'âge de 75 ans, est 26 % plus élevée dans le RLISS du Nord-Est que dans la province.
- Les principales causes de décès pour les résidents du RLISS, comme pour les Ontariennes et Ontariens, sont les maladies du système circulatoire (notamment maladies du cœur et accidents vasculaires cérébraux) et les néoplasmes (cancer). Le taux de décès attribuables à des troubles du système circulatoire (décès par tranche de 100 000 habitants) est 22 % plus élevé qu'en Ontario; les néoplasmes sont 16 % plus élevés.
- Le RLISS compte un pourcentage plus élevé de personnes atteintes de maladies chroniques que le reste de l'Ontario, notamment :
    - arthrite/rhumatisme – 24 % contre 17 %
    - asthme – 9 % contre 8 %
    - diabète – 8 % contre 7 %

Inducteurs nouveaux/émergents/évolutifs de changements systémiques



Changements démographiques

La population du RLISS évoluera considérablement au cours des 25 prochaines années. Ainsi, on s'attend à ce que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmente de 18 % à 30 % d'ici à 2036.

Et l'on prédit que le nombre estimatif d'aînés (65 ans et plus) augmentera de 72 %, passant d'un peu plus de 100 000 à plus de 172 000 (la moyenne provinciale devrait augmenter d'environ 67 %).

Ce virage démographique a d'importantes retombées pour la prestation des services de santé, le type de services dispensés et l'endroit où ils sont dispensés.

Cette figure illustre le changement projeté de la structure démographique sur une période de 25 ans (Données du recensement de la population de 2011 – projections démographiques du ministère des Finances)

[2] *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2010*

Globalement, comparativement à la province, le Nord-Est compte :

	RLISS du Nord-Est	Ontario*
Un pourcentage supérieur d'Autochtones	9,5 %	2,0 %
Un pourcentage supérieur de Francophones	22 %	4,4 %
Un pourcentage supérieur de personnes vivant en milieu rural	53,2 %	23,3 %
Un pourcentage supérieur de personnes de plus de 65 ans	18 %	14,6 %
Un pourcentage supérieur de chômeurs âgés de 15 ans et plus	8,4 %	6,4 %
Un pourcentage supérieur de personnes de 25 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, de diplôme ou de certificat	18,4 %	13,5 %
Un pourcentage supérieur de fumeurs	25,4 %	19 %
Un pourcentage supérieur d'adultes qui boivent excessivement	19,9 %	16,2 %
Un pourcentage supérieur d'adultes (âgés de 18 ans et plus) obèses ou ayant un excès de poids	61,7 %	52,3 %
Une prévalence plus élevée d'hypertension artérielle	22,5 %	17,4 %
Un pourcentage supérieur de résidents atteints de plusieurs maladies chroniques	21,5 %	15,2 %

Le Nord-Est est également associé à :

	RLISS du Nord-Est	Ontario*
Un pourcentage inférieur de personnes ayant un médecin régulier	85,2 %	90,9 %
Un pourcentage inférieur de personnes qualifiant leur santé de très bonne ou excellente	57,9 %	60,7 %
Un pourcentage inférieur de personnes signalant qu'elles sont inactives physiquement	44 %	49 %

(Les données précédentes sont tirées du recensement de 2011 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012.)

*Les pourcentages pour l'Ontario incluent les pourcentages pour le Nord-Est ontarien.

L'aînée Mary Rose Hughie et Virginia Wesley à Kachechewan durant le séjour du RLISS dans le Nord-Est de l'Ontario en février 2013; près de 10 % de la population est autochtone/Première nation/Métis par rapport à la moyenne provinciale de 2 %.

Conseil d'administration du RLISS du Nord-Est

Notre conseil d'administration est actif et composé de membres enthousiastes et travailleurs ayant une expertise variée. Ils ont des antécédents en droit, en comptabilité, en médecine, en gestion et en soins palliatifs et gériatriques, entre autres.

Les membres de notre conseil représentent les communautés que nous servons au sein de notre équipe de gouvernance et lorsque nous rechercherons de nouveaux administrateurs nous continuerons de chercher ce vaste éventail de compétences et d'expertise.

Elaine Pitcher
Présidente
Sault Ste. Marie

Mandat : du 15 août 2012 au 14 août 2015

Danielle Bélanger-Corbin
Vice-présidente
Temiskaming Shores

Mandat : du 29 sept. 2010 au 28 sept. 2013

Santina Marasco
Sudbury

Mandat : du 22 août 2012 au mois d'août 2015

Cecilia Bruno
Sault Ste. Marie

Mandat : du 1er juin 2011 au 31 mai 2014

Dr Colin Germond
Sudbury

Mandat : du 21 avril 2013 au 21 avril 2016

Dr Ian Cowan
North Bay

Mandat : de février 2010 à février 2013

La ministre Deb Matthews (à gauche) s'entretient avec le responsable des soins primaires du RLISS, Dr Alan McLean, et la présidente du conseil du RLISS, Elaine Pitcher, à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie en février 2013.

Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS

L'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS définit la relation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS du Nord-Est en ce qui a trait à la prestation de programmes et de services de santé à l'échelle locale. Elle pose les fondements d'une compréhension mutuelle et énonce les indicateurs de rendement applicables à une période de temps définie. Les indicateurs sont actualisés chaque trimestre; pour un rapport d'étape actualisé sur ceux-ci, communiquer avec le RLISS du Nord-Est ou parcourir www.nelhin.on.ca.

	Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS 2012-2013	Cible de rendement du RLISS 2012-2013	Rendement du RLISS pour le plus récent trimestre de 2012-2013	Écart de la cible pour le résultat du plus récent trimestre*	Résultat annuel du RLISS pour l'exercice 2012-2013
Service des urgences/autres niveaux de soins						
1	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement*	32,1	22	27,4	25 %	22 %*
2	Durée du séjour à l'urgence pour les patients admis – 90e percentile	28,3	25	31	24 %	29
3	Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles complexes (I-III sur l'ETG) – 90e percentile	7,6	7	6,3	-10 % (cible atteinte)	6,5
4	Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles mineurs non compliqués (IV-V sur l'ETG) – 90e percentile	4,7	4	4,2	5 % (dans le corridor de rendement)	4,1
Temps d'attente pour une chirurgie						
5	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90e percentile	61	56	54	-3,6 % (cible atteinte)	59
6	Temps d'attente pour un pontage coronarien – 90e percentile	31	49	37	-25 % (cible atteinte)	53
7	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90e percentile	156	155	146	-6 % (cible atteinte)	148
8	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90e percentile	306	300	275	-8 % (cible atteinte)	276
9	Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90e percentile	402	300	378	26 %	393
Temps d'attente pour un examen diagnostique						
10	Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM - 90e percentile	106	65	37	-43 % (cible atteinte)	47
11	Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90e percentile	29	28	32	14 %	34
Excellence des soins pour tous/qualité						
12	Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées**	16,1 %	15 %	16,7 %	11 %	16,9**
Santé mentale et toxicomanie						
13	Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux***	18,3 %	16,5 %	17,6 %	7 % (dans le corridor de rendement)	16,7**
14	Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des problèmes dus aux toxicomanies*	26 %	25 %	25,4 %	1,6 % (dans le corridor de rendement)	26,9**
Accès aux soins communautaires						
15	Temps d'attente au 90e percentile pour les services de soins à domicile du CASC entre la demande en milieu communautaire et le premier service du CASC* (gestion de cas exclue)	56	48	49	2 % (dans le corridor de rendement)	59*

* Les données pour l'exercice 2012-2013 portent sur les quatre derniers trimestres (4e trimestre de 2011-2012 et 3e trimestre de 2012-2013) pour des questions d'accessibilité.
** Les données pour l'exercice 2012-2013 portent sur les quatre derniers trimestres (du 3e trimestre de 2011-2012 au 2e trimestre de 2012-2013) pour des questions d'accessibilité.

Rapport sur les indicateurs de rendement en vertu de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS

Les temps d'attente pour plusieurs interventions se sont améliorés en 2012/13. On a constaté des améliorations aux autres niveaux de soins et au temps d'attente à la salle des urgences, pour les IRM et les chirurgies du cancer et de la cataracte.

Service des urgences/autres niveaux de soins

Autres niveaux de soins (ANS) : Des progrès ont été réalisés en 2012-2013; le pourcentage de journées consacrées aux ANS en soins actifs a diminué de plus de 30 % à 20 % à la fin du T2 et augmenté à 26,9 % au T3 par suite de congés planifiés. Le RLISS du Nord-Est continue d'appuyer diverses initiatives pour réduire les ANS : Chez soi avant tout, services d'aide à la vie autonome, planification intégrée des congés, lits d'évaluation et de rétablissement, soutien au comportement pour les aînés pensionnaires des établissements de soins de longue durée, responsables de cas dans des équipes de santé familiale sélectionnées, etc.

Service des urgences (SU) : La durée du séjour à l'urgence pour les patients admis a été inférieure à la cible presque toute l'année, mais a augmenté au-delà de la cible au T4, conformément aux tendances dans la province et principalement par suite des problèmes inhérents à la circulation des patients hospitalisés liés aux ANS. Neuf des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à 25 heures. Le nombre élevé de patients en attente d'ANS à Sudbury, à North Bay et à Timmins a entravé la circulation des patients du SU aux lits d'hôpitaux.

- Pour les patients non admis ayant des troubles complexes, la durée du séjour au SU a diminué. Ces personnes se présentent au SU pour des troubles médicaux urgents et sont classées de 1 à 3 sur l'ETG. Uniformément, neuf des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à sept heures et globalement le RLISS a affiché un rendement inférieur à la cible de 6,5 heures.

- Pour les patients non admis ayant des troubles mineurs, la durée du séjour au SU a diminué de 4,7 heures à 4,2 heures. Huit des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à la cible provinciale de quatre heures.

- Les stratégies suivantes visent à réduire la durée du séjour à l'urgence : la participation des hôpitaux des quatre grandes régions au Programme de financement axé sur les résultats de la province, le lancement d'intervenants pivots pour le système de soutien communautaire, la présence de coordonnateurs des soins du CASC du Nord-Est dans les milieux de soins primaires et autres.

Temps d'attente pour une chirurgie

Chirurgie du cancer : Les temps d'attente pour une chirurgie du cancer se sont améliorés et ont atteint la cible au T3 et au T4. L'arrivée de nouveaux chirurgiens (urologie, oto-rhino-laryngologie) à Sault Ste. Marie (où il n'y en avait pas précédemment) a entraîné une augmentation des temps d'attente dans cette communauté, car auparavant les patients étaient envoyés à l'extérieur de la ville pour recevoir les soins spécialisés requis. Les améliorations au temps d'attente sont attribuables à une collaboration entre les chirurgiens afin d'assurer la qualité des données pour le système d'information sur les temps d'attente et améliorer les efficiences.

Chirurgie du cœur : Les temps d'attente pour les pontages coronariens sont restés en deçà de la cible en 2012-2013. À titre de fournisseur régional de ce type de chirurgie, Horizon Santé-Nord à Sudbury a continué d'afficher un excellent rendement dans ce domaine. Une hausse temporaire du volume de patients durant les mois de printemps et d'été a entraîné une augmentation temporaire des temps d'attente qui a été réglée en prolongeant l'horaire de la salle d'opération et a pris fin avant le T3. Au T4, le temps d'attente était de 37 jours, ce qui est très inférieur à la cible (49).

Chirurgie de la cataracte : Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte se sont améliorés et au T4 étaient inférieurs à la cible. La demande élevée et une réduction des volumes alloués aux RLISS en 2012-2013 ont été atténuées par les efforts des hôpitaux du RLISS en vue d'accélérer la circulation des patients.

Arthroplastie de la hanche : Les temps d'attente ont progressé de 10 % et étaient inférieurs à la cible. Tous les emplacements sauf Timmins ont atteint leurs volumes. Le *NE LHIN's Integrated Orthopaedic Capacity Plan (IOCP)* définit des cibles pour la qualité et les temps d'attente ainsi qu'une stratégie visant à rapatrier les interventions subies par les résidents à l'extérieur de la région. Plus de 50 % des patients acheminés ont été réorientés vers un traitement conservateur ou d'autres options de soins, ce qui a permis aux chirurgiens de se concentrer sur ceux nécessitant une chirurgie. Ce résultat est attribuable à l'approche normalisée à l'égard des évaluations mise en œuvre par les physiothérapeutes de pratique avancée spécialement formés par des chirurgiens orthopédiques aux cinq centres d'évaluation des articulations (CEA) financés par le RLISS du Nord-Est. Les CEA offrent aux patients la possibilité d'examiner les listes d'attente des chirurgiens et de choisir le prochain chirurgien disponible. L'élargissement du rôle des CEA à d'autres interventions sera envisagé en 2013-2014.

Arthroplastie du genou : Les temps d'attente ont diminué de 6 %, mais sont restés supérieurs à la cible. (Voir les renseignements connexes au paragraphe sur l'arthroplastie de la hanche). Le *NE LHIN's Integrated Orthopaedic Capacity Plan* et l'utilisation des centres d'évaluation des articulations contribueront à une amélioration des temps d'attente en 2013-2014.

Temps d'attente pour un diagnostic

Examens par IRM : Les temps d'attente pour un examen par IRM se sont améliorés en 2012-2013. La diminution marquée (de 106 jours à 37 jours) est attribuable à l'engagement de chaque emplacement à l'égard du IRM-PAR (programme amélioration du rendement) qui a permis aux hôpitaux d'accroître l'efficacité des examens par IRM et d'accélérer la circulation des patients. Le premier appareil d'IRM installé au Centre régional de santé de North Bay en mai 2011 a contribué à diminuer les temps d'attente.

Examens par tomodensitométrie : Les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie ont légèrement augmenté en 2012-2013, passant de 29 à 34 jours au T4. La demande très élevée, particulièrement à Sudbury (centre régional de traumatologie, centre régional de cancérologie), a contribué à cette hausse. L'expérience locale en IRM-PAR est appliquée aux examens par tomodensitométrie à Sudbury pour améliorer l'efficacité.

Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous/qualité

***Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*/qualité (réadmission pour des groupements de maladies analogues sélectionnées :** Le rendement a légèrement varié par rapport à la cible établie pour cet indicateur. Des initiatives à Sudbury, notamment la clinique pour insuffisance cardiaque globale et l'unité des soins de transition, s'adressent aux patients atteints d'une insuffisance cardiaque globale et devraient entraîner une réduction des réadmissions à l'hôpital. Les responsables de cas d'équipes de santé familiale sélectionnées accéléreront l'identification des aînés frêles et la planification de leur traitement. Le déploiement d'infirmières d'intervention rapide (13) au T1 focalisera les aînés frêles atteints de troubles complexes risquant d'être réadmis à l'hôpital. Les télésoins à domicile ont aidé plus de 100 clients atteints d'une insuffisance cardiaque globale ou d'une bronchopneumopathie chronique obstructive et contribueront à les garder en meilleure santé et à réduire leur risque de réadmission à l'hôpital.

Santé mentale et toxicomanie

Visites à l'urgence non planifiées répétées pour des troubles mentaux et des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues : Globalement, les visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux et des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues affichaient un rendement acceptable. Les initiatives mises en

route incluent : un soutien pour les personnes toxicomanes au SU d'Horizon Santé-Nord, un centre communautaire d'intervention en cas de crise au centre-ville de Sudbury, un soutien par les pairs au SU du Centre régional de santé de North Bay, un responsable de cas au SU de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et l'accès à des heures additionnelles pour les lits « sûrs » pour patients en désintoxication à Timmins.

Accès aux soins communautaires

Le temps d'attente s'est considérablement amélioré en 2012-2013 pour les clients du CASC du Nord-Est recevant des soins à domicile. Au début de 2012-2013, le CASC a identifié le groupe de clients qui a contribué à prolonger le temps d'attente pour l'obtention de soins à domicile dans la communauté.

Participation communautaire

Le RLISS du Nord-Est est redevable aux contributions du public à l'édification d'un système de soins local solide par le truchement d'activités de participation communautaire. Il :

- Dialogue avec les intervenants et les membres du public et associe leurs efforts à son processus décisionnel.
- Sensibilise les communautés du Nord-Est aux enjeux du système de santé grâce à l'échange d'information.
- Identifie les points de discussion d'intérêt commun.
- Évalue régulièrement l'efficacité des activités de participation communautaire.

Les voix des gens du Nord sont les assises de notre plan stratégique. Les séances de 2012-2013 ont visé une participation active au plan triennal stratégique du RLISS, le Plan de services de santé intégrés :

- 50 séances de participation – certaines par séminaire Web et la plupart en personne – axées sur la validation des priorités du PSSI. Des milliers de résidents ont participé aux séances qui s'ajoutaient aux séances exhaustives tenues en 2011 et au début de 2012.
- Un sondage bilingue publicisé, affiché sur notre site Web ayant reçu 1 540 réponses en français et en anglais.
- Une pause café virtuelle par téléconférence animée par Louise Paquette avec Deb Matthews, ministre de la Santé et des experts régionaux pour discuter des priorités de santé du Nord-Est ontarien.
- Une relation de travail étroite avec le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario – entité de planification des services de santé en français pour les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest.
- Un partenariat avec notre Comité local des services de santé pour les Autochtones qui regroupe des représentants des fournisseurs de services de santé aux Autochtones, Premières Nations et Métis.
- Plus de 200 résidents du Nord ayant participé à des rencontres avec Dr Samir Sinha, responsable provincial de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées.
- Un partenariat avec l'Ontario Medical Association pour organiser des séances avec les médecins.
- Un partenariat avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale – région du Nord ontarien pour des séances sur la santé mentale et l'abus d'alcool et de drogues.
- Sollicitation de commentaires auprès des conseils d'administration des services sociaux de district.
- Une invitation aux bureaux de santé publique à commenter les priorités de santé.
- Les commentaires utiles des membres des comités consultatifs du RLISS qui sont des experts/usagers dans divers secteurs de la santé dans le Nord-Est ontarien.

Louise Paquette, directrice générale du RLISS du Nord-Est, et le Dr Samir Sinha, responsable provincial de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées, ont effectué un voyage de deux jours dans les communautés côtières en février 2013 pour se renseigner sur les enjeux auxquels font face les adultes âgés de ces communautés et proposer des solutions pour améliorer l'accès aux soins.

Le PSSI et les priorités établies reflètent les résultats de nos activités de participation.

Rencontres communautaires avec nos Autochtones, Premières Nations et Métis

Le conseil d'administration du RLISS du Nord-Est est déterminé à poursuivre un processus de participation avec les Autochtones, les Premières Nations et les Métis. Le processus de participation respecte la langue, le statut de nation, la culture et les croyances spirituelles.

Les Autochtones/Premières Nations/Métis représentent près de 10 % de la population du RLISS. Ce dernier continuera de bâtir des relations valables avec les communautés des Autochtones/Premières Nations/Métis pour améliorer les services de santé et la cote médicale de cette population. La portée et l'ampleur des besoins de santé des communautés autochtones de la région restent significatives.

La satisfaction des besoins de cette population vise surtout à améliorer la cote médicale et les résultats pour la santé en assurant une concordance entre les structures de planification, de programmes et de prestation des services de santé régionales, provinciales et fédérales. Les Autochtones vieillissent plus rapidement que le reste de la population par suite des taux élevés de maladies chroniques.

Séances de participation tenues en 2012-20/13 :

- **PSSI :** Des rencontres avec les Autochtones/Premières Nation/Métis ont eu lieu à Sudbury, Sault Ste. Marie, Timmins et North Bay. On a organisé une rencontre spéciale avec le Dr Samir Sinha, responsable provincial de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées, pour les dirigeants sanitaires autochtones. Le RLISS a aussi participé à des séances axées sur l'établissement de priorités pour les communautés côtières des baies James et Hudson, dirigées par la Weeneebayko Area Health Authority.
- **Comité local des services de santé pour les Autochtones :** En février 2013, les membres ont rencontré la directrice générale du RLISS à Sudbury. Ils ont reçu les dernières nouvelles en matière de santé et ont proposé des activités pour 2013-2014.
- **Visites aux côtes :** Une visite de deux jours a eu lieu en février 2013 avec les aînés et les résidents des communautés côtières de Moosonee, Moose Factory, Peawanuck, Fort Albany et Kashechewan. Le Dr Sinha a accompagné une équipe du RLISS composée des deux gériatres de la région, de la directrice générale du RLISS et du responsable des soins primaires. La visite a porté principalement sur la prestation de soins aux aînés et mené à la présentation de solutions pour améliorer l'accès aux soins pour les résidents de l'extrême nord de la région.

Granny Wabano, 109 ans, rit en regardant sa photo dans le plan stratégique 2013-2016 du RLISS (Plan de services de santé intégrés) avec Louise Paquette, directrice générale après une séance de participation au Moosonee Elders Gathering Centre en février 2013.

Rencontres communautaires avec nos Francophones

Le RLISS du Nord-Est compte la plus forte proportion de Francophones, environ 22 %, des RLISS de l'Ontario et est déterminé à améliorer l'accès pour les Francophones à des services de santé appropriés à la langue et à la culture.

Séances de participation tenues en 2012-2013 :

- **PSSI :** Le RLISS et le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO) – entité de planification des services de santé en français – ont dialogué avec des centaines de Francophones en personne ou par le biais d'un sondage en ligne. Les participants ont confirmé que les services en français doivent rester une priorité intégrale en 2013-2016 et faire partie de toutes les activités du RLISS en vue de répondre aux besoins des Francophones du Nord-Est ontarien.
  - Durant dix séances de participation communautaire, on a posé aux participants des questions sur les besoins d'accès et les solutions liées aux services en français.
  - Les Francophones ont répondu à un sondage bilingue leur demandant des idées pour améliorer l'accès aux soins pour les Francophones.
- **Forums :** Deux forums du RLISS portant sur la prévention et gestion des maladies chroniques et la santé mentale et toxicomanie ont prévu des réunions en petits groupes en français pour les fournisseurs de services de santé francophones présents. Le RMEFNO a aidé le RLISS durant ces réunions et a contribué à engager la participation des Francophones durant les forums.

André Lefebvre et Patricia McBride jouent aux cartes pour s'amuser et rester en contact avec leurs amis. Bon nombre des Francophones de la région (22 %) ont participé activement aux séances de participation de l'année dernière et ont confirmé que l'amélioration de l'accès aux services de santé en français est une priorité régionale.

Rapport sur les priorités du Plan de services de santé intégrés

Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins (ANS)

Les patients en attente d'ANS sont des personnes occupant des lits d'hôpitaux qui seraient mieux traitées dans un autre milieu, notamment un foyer de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou leur propre domicile. L'élargissement des soins à domicile et des services communautaires permet à ces patients de quitter l'hôpital plus tôt, ce qui libère des lits pour les patients qui attendent d'être hospitalisés.

Des progrès ont été réalisés en 2012-2013; le pourcentage de journées consacrées aux ANS en soins actifs a diminué de plus de 30 % à 20 %. Le RLISS a poursuivi diverses initiatives pour réduire les ANS : Chez soi avant tout, services d'aide à la vie autonome, planification intégrée des congés, lits d'évaluation et de rétablissement, soutien au comportement pour les établissements de soins de longue durée, responsables de cas dans des équipes de santé familiale sélectionnées et mise en route de deux maillons santé au T4. Les efforts se poursuivront en 2013-2014.

Points saillants des activités axées sur les ANS dans le Nord-Est en 2012-2013 :

- Un examen d'activité d'Horizon Santé-Nord à Sudbury : en juillet 2012, le RLISS a demandé que l'examen d'activité d'HSN aborde les taux élevés de patients en attente d'ANS à l'hôpital, les problèmes de circulation des patients du SU au congé et l'impact global des activités de l'hôpital sur la communauté. Depuis la publication du rapport issu de l'examen en octobre 2012, HSN, les partenaires locaux et le RLISS du Nord-Est se sont attachés à mettre en œuvre les recommandations du rapport pour modifier le système de santé en fonction des patients dans la région de Sudbury.
- Les hôpitaux des quatre grandes régions et le CASC du Nord-Est ont mis en œuvre une philosophie Chez soi avant tout appuyée par des procédures intégrées de planification des congés entre les hôpitaux et le CASC. Plus de 1 300 patients ont été renvoyés chez eux grâce à ces services et près de 70 % restent dans la communauté pendant plus de 90 jours. Priorités clés de la coordination des soins, les deux programmes visent à améliorer les procédures et à les élargir à toutes les unités pour hospitalisés.
- Programme PATH (Priority Assistance to Transition Home) – la Croix-Rouge canadienne a établi un bureau à Horizon Santé-Nord pour offrir PATH aux aînés ayant besoin d'aide pour la transition au domicile.
- Deux nouveaux programmes de soins infirmiers sont offerts dans le Nord-Est. Ils aident les patients vulnérables, adultes âgés surtout, à gérer leurs maladies chroniques et à obtenir des soins postactifs dans leur propre domicile. Les programmes innovants sont appuyés par le RLISS et offerts par le CASC du Nord-Est. Les télésoins à domicile aident les patients à gérer leurs maladies du cœur et leurs troubles respiratoires grâce à des appareils de surveillance à domicile et à des conseils fournis à distance par des infirmières autorisées. Des infirmières d'intervention rapide facilitent la transition de l'hôpital à la maison dans les jours qui suivent le congé.
- En juin 2012, le RLISS a effectué un examen des systèmes de réadaptation et de soins continus complexes dans le Nord-Est et la mise en œuvre des recommandations et des objectifs du rapport est en cours. Le rapport s'inscrit dans les travaux de planification du système du RLISS et le travail visant à réduire les temps d'attente à l'urgence et le nombre de patients en attente d'ANS, surtout les aînés frêles attendant leur congé de l'hôpital.
- Investissements communautaires : Le nombre d'aînés dans le Nord-Est ontarien est supérieur à la moyenne provinciale et le RLISS investit dans les soins communautaires et à domicile pour mieux appuyer les aînés et les personnes âgées frêles, notamment :
    - **Services d'aide à domicile :** Au cours du dernier exercice, le RLISS a investi dans des services d'aide à domicile en établissement et mobiles pour 163 aînés à risque élevé de plus, créant une capacité dans la

communauté et contribuant à prévenir les hospitalisations d'adultes âgés.

- **Transport :** Le RLISS a investi dans des services de transport pour aider les aînés des régions rurales, où il y a peu ou pas de transport public, à se rendre à leurs rendez-vous médicaux et à faire leur épicerie. L'an dernier, le RLISS a financé cinq nouvelles fourgonnettes dans la grande région de Cochrane pour le transport des aînés et une à Parry Sound.
- **Programmes de jour pour adultes :** Ces programmes ont été élargis et l'on a fait des investissements additionnels pour fournir la popote roulante au domicile des aînés.

Temps d'attente aux services des urgences (SU)

Les hôpitaux des quatre grandes régions du RLISS continuent de participer au Programme de financement axé sur les résultats qui appuie un éventail de projets axés sur le rendement des SU. Il y a un degré de variation entre les hôpitaux, mais le rendement global des SU de la région est égal ou inférieur aux temps d'attente cibles provinciaux pour les patients des SU admis et non admis. Reconnaissant que la demande au SU et le rendement du SU sont affectés par des facteurs extérieurs au SU, le RLISS a appuyé deux projets communautaires clés :

- Des intervenants pivots pour le système de soutien communautaire ont été établis aux hôpitaux des grandes régions pour faciliter les congés du SU et des patients hospitalisés, particulièrement pour les aînés frêles nécessitant plusieurs soutiens. Les intervenants pivots contribuent à diminuer les problèmes de coordination du système, appuient la prestation de services interdisciplinaires et renforcent la capacité des équipes de soins.

- Des coordonnateurs de soins du CASC du Nord-Est sont situés au sein ou à proximité des cabinets de groupe. Ils travaillent actuellement à temps partiel dans trois principaux milieux de soins : Centre de santé communautaire (Sudbury Est), Équipe de santé familiale Superior (Sault Ste. Marie) et Équipe de santé familiale de City of Lakes (Sudbury). Ce modèle a été mis en œuvre dans les bureaux des services de soins gériatriques spécialisés du Nord-Est.

Services de santé pour les Autochtones/Métis/Premières Nations

De la gouvernance du RLISS du Nord-Est au personnel, la participation et l'orientation des Autochtones/Premières Nations/Métis sont enchâssées dans la structure organisationnelle du RLISS.

Le Comité local des services de santé pour les Autochtones du RLISS du Nord-Est présente au conseil d'administration des recommandations concernant les priorités en matière de services de santé et les possibilités d'intégration au sein des communautés urbaines et rurales autochtones, des Métis et des Premières Nations.

L'an dernier, le RLISS a investi pour augmenter les soins offerts aux aînés autochtones, notamment :

- Services d'aide à la vie autonome pour les aînés et améliorations au Elders' Gathering Place Adult Day Centre à Moosonee et à la Moose Cree First Nation à Moose Factory.
- Soutien au Shkagamik-Kwe Health Centre à Sudbury et financement d'un nouveau travailleur d'approche communautaire faisant partie de la Mushkiki-gamik Outreach Support Team qui facilite les déplacements des aînés au sein du système.
- Coordination d'une visite de deux jours du personnel de direction du RLISS et de cinq médecins à cinq communautés côtières pour mieux comprendre les enjeux de la prestation des services de santé, particulièrement aux adultes âgés, et proposer des solutions. Un plan d'action interne subséquent oriente les décisions du RLISS et les démarches en vue d'améliorer l'accès aux soins pour les communautés de l'extrême nord du RLISS.

Services de santé en français – une approche intégrée

Le RLISS du Nord-Est compte actuellement 40 fournisseurs de services de santé (FSS) officiellement désignés en vertu de la *Loi sur les services en français* et a identifié 63 FSS qui travailleront en vue de mettre en œuvre des services en français.

En 2012-2013, six FSS (inclus dans les 40) ont été désignés par décret par le gouvernement – HSN, Services de logement et de soutien en santé mentale de Nipissing et quatre centres de santé communautaire (CSC). Le RLISS a appuyé trois demandes additionnelles – CASC du Nord-Est, Villa St. Gabriel et CSC de Sudbury Est – qui attendent l'approbation du gouvernement provincial.

Afin d'assurer et de mesurer l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'intégration des services en français au sein des organismes fournisseurs de services de santé, le RLISS du Nord-Est a perfectionné le processus de responsabilisation en matière de services en français. À l'heure actuelle, un indicateur de rendement portant sur les services en français est inclus dans l'entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels de 2011-2014 de 103 FSS.

Le RLISS continue de travailler avec les cinq centres de santé communautaire (CSC) bilingues et francophones pour mettre en œuvre un plan d'action commun et traiter les enjeux et les possibilités dans le secteur en mettant l'accent sur l'intégration. Ce plan améliorera l'accès au secteur des soins primaires pour les Francophones et misera sur les prochaines initiatives avec le nouveau responsable des soins primaires du RLISS. Les CSC ont manifesté un vif intérêt à l'égard d'une participation active à la réforme des soins primaires dans le Nord-Est ontarien.

Services de santé mentale et de toxicomanie

Le RLISS du Nord-Est a financé diverses initiatives visant à diminuer les visites répétées des usagers des services de santé mentale et de toxicomanie aux services des urgences (SU) des hôpitaux. Ce sont :

- Un nouveau responsable de cas en toxicomanie et un fournisseur de services communautaires de lutte contre les dépendances au SU de Sudbury pour aider le personnel à évaluer et à réacheminer les usagers.
- Un organisme de services de santé mentale pour doter le SU du Centre régional de santé de North Bay de préposés à l'entraide.
- Un lit sûr au Centre Jubilee à Timmins pour diminuer les pressions sur le SU de l'Hôpital de Timmins et du district.
- Un responsable de cas en santé mentale à Santé publique Algoma qui travaillera au SU de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie.
- En collaboration avec Horizon Santé-Nord et le chapitre de Sudbury de l'Association canadienne pour la santé mentale, le RLISS met en œuvre un service d'intervention en cas de crise au centre-ville de Sudbury. Cette initiative contribue à éviter les visites à l'hôpital d'usagers en situation de crise et diminue le temps d'attente pour les services policiers qui accompagnent les personnes atteintes de troubles mentaux au SU. L'ACSM de Sudbury a reçu un financement pour embaucher des travailleurs en intervention d'urgence qui travailleront étroitement avec le personnel d'intervention de l'hôpital.

Le RLISS a continué de travailler avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le Centre régional de santé de North Bay et les services communautaires de santé mentale pour enfants pour adopter un modèle plus décentralisé de soins tertiaires de santé mentale pour enfants. Les lits ont été décentralisés le 1er avril 2013.

Le RLISS a continué de collaborer avec les petits hôpitaux pour cerner des procédures qui amélioreront la prestation de consultations psychiatriques et l'accès aux lits de santé mentale pour malades hospitalisés de l'annexe I, le cas échéant. Il tente actuellement de déterminer si l'établissement d'un registre de lits avec CritiCall est réalisable et utile dans le cas présent.

L'organisation mère d'Algoma (intégration de 13 fournisseurs de services de santé mentale et detoxicomanie) a son premier conseil d'administration, une charte et des demandes d'intégration volontaire de onze fournisseurs.

Un nouveau groupe de consultation régional sur la santé mentale et les toxicomanies s'est réuni pour la première fois en mai 2012. Composé de membres provenant de divers endroits dans le Nord-Est, il conseillera le RLISS sur la mise en œuvre de la stratégie ontarienne décennale *Esprit ouvert, esprit sain* et sur d'importants problèmes régionaux en matière de santé mentale et de toxicomanie.

Le Programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement offre une nouvelle façon de prendre soin des personnes les plus vulnérables – les adultes âgés atteints de démence, de troubles neurologiques, de troubles dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues et de troubles mentaux – et fournit un soutien à leurs soignants. Le RLISS a investi pour embaucher 58 travailleurs de première ligne, notamment des formateurs de préposés aux services de soutien à la personne, des formateurs en soins infirmiers, des cliniciens, des conseillers en ressources psychogériatriques et des facilitateurs de soutien en cas de troubles du comportement. Ces fournisseurs de soins ont été répartis entre quatre équipes d'intervention qui serviront les régions géographiques (Sudbury-Parry Sound-Manitoulin, Nipissing-Temiskaming, Cochrane et Algoma). Des experts médicaux sont également associés à ces équipes. Le Centre régional de santé de North Bay, qui possède une expertise en psychogériatrie, coordonne le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement dans la région.

Le RLISS travaille avec le CASC du Nord-Est sur un nouveau programme qui a permis d'embaucher 18 infirmières en santé mentale pour appuyer les enfants dans onze conseils scolaires de la région.

Ressources humaines en santé (RHS)

Le manque de services de soutien communautaire, le besoin d'intégration accru et l'importance de recruter et de retenir nos ressources humaines sont les thèmes principaux des séances de participation communautaire exhaustives tenues par le RLISS du Nord-Est en 2012. Les séances ont cerné les besoins suivants :

- renseignements accessibles sur notre main-d'œuvre (offre et pénuries);
- initiatives concertées pour tirer parti de l'expertise des ressources humaines du système;
- diminution du recoupement des efforts en vue d'avoir accès à notre main-d'œuvre restreinte et de la retenir.

Le PSSI de 2013-2016 inclut les RHS comme étant un de trois inducteurs de ses priorités. Les objectifs suivants sont identifiés :

1. Travailler avec les partenaires pour élaborer une stratégie régionale de recrutement et de rétention pour améliorer la coordination des soins aux patients dans le continuum.
2. Appliquer les stratégies de RHS pour augmenter la capacité des soins communautaires et assurer la viabilité de la main-d'œuvre dans le secteur des soins à domicile et des services de soutien communautaire.

Le RLISS continuera de travailler avec ProfessionsSantéOntario et les établissements d'enseignement pour renforcer les efforts collectifs sur le plan des RHS et mettre en œuvre l'inducteur de RHS du PSSI.

Optimisation des services chirurgicaux

Le RLISS a mis en œuvre les recommandations de son étude des services chirurgicaux offerts dans les hôpitaux de la région pour maintenir l'accès et la qualité des soins à l'avenir.

Priorités mises en œuvre en 2012-2013 :

Plan de capacité orthopédique intégrée – Le RLISS a rédigé un *Plan de capacité orthopédique intégrée (PCOI)* avec la contribution des hôpitaux et des chirurgiens orthopédiques. Le plan a démontré que le RLISS peut atteindre ses objectifs, à savoir réduire les temps d'attente et offrir des soins de qualité aussi près que possible du domicile des gens. Ces objectifs seront atteints en rapatriant les volumes, en améliorant les rapports et en renforçant le rôle du Centre d'évaluation des articulations du Nord-Est et des services de réadaptation.

Hanche et genoux -- Les cinq centres d'évaluation des articulations (CÉANE) situés à Horizon Santé-Nord, au Centre régional de santé de North Bay, à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, à l'Hôpital de Timmins et du district et au West Parry Sound Health Centre sont entièrement opérationnels. Ils ont mis en œuvre un système d'acheminement et de suivi articulé sur le Web qui leur permettra de coordonner plus efficacement les acheminements et de recueillir les données nécessaires à la présentation de rapports. Les patients, qui attendaient précédemment entre trois et six mois pour une consultation initiale avec un chirurgien orthopédiste, sont maintenant examinés par un physiothérapeute de pratique avancée dans un délai de deux à quatre semaines. Depuis qu'ils ont été établis, les CÉANE ont évalué 5 000

personnes ayant des problèmes à la hanche et au genou. Et, dans le cas de 64 % des clients évalués en 2012-2013, on a jugé qu'un traitement autre qu'une chirurgie était plus approprié.

Projet d'horaire de garde -- L'élaboration d'un horaire de garde pour les spécialistes est en cours dans le Nord-Est. Trois éléments ont été identifiés comme étant essentiels à la mise en œuvre du projet : l'identification des lacunes sur le plan de la garde dans les domaines de spécialisation; l'adoption d'un ordonnanceur articulé sur le Web pouvant être adopté par les hôpitaux du RLISS; et l'établissement de normes de garde pour l'ensemble du Nord-Est.

Projet de chirurgie générale – Le dialogue avec les chirurgiens est en cours. Les hôpitaux élaborent un plan de réalignement des services et ont inclus la chirurgie générale parmi les priorités. Ce projet est dirigé par l'Hôpital Notre-Dame de Hearst et comprend l'élaboration d'un modèle pour assurer la viabilité de la chirurgie générale dans la région. On a mis l'accent sur la grande région de Cochrane et, à ce jour, les responsables du projet ont rencontré les hôpitaux de la grande région de Cochrane qui offrent des services de chirurgie générale et les chirurgiens pour recueillir et valider les données chirurgicales. L'information porte sur la possibilité de consolider les activités de chirurgie générale selon les volumes, la clarification du rôle des petits hôpitaux, les normes de garde et les opportunités de recrutement. Les hôpitaux et les chirurgiens ont expliqué comment ils envisagent la mise en œuvre du modèle dans la grande région de Cochrane. Un modèle sera confirmé et mis en œuvre en 2013-2014.

Rapatriement et transport non urgent des patients entre établissements – Le programme chirurgical et la capacité et le rendement des SU dans la région sont affectés par la présence des patients au bon endroit au bon moment. Cela signifie que les patients doivent entrer et sortir rapidement des centres d'acheminement, sinon la circulation des patients est perturbée et les lits qui seraient autrement libres sont occupés à cause d'un problème de transport puisque les transferts non urgents sont des appels non prioritaires pour les services ambulanciers.

Le transport non urgent est un problème de longue date dans le Nord-Est. À la fin de 2012, le RLISS a lancé un appel de déclarations d'intérêt pour mettre en œuvre des projets pilotes à court terme. Trois projets pilotes ont été choisis : Timiskaming, Manitoulin-Sudbury et Grand Sudbury. Les résultats de ces projets seront intégrés dans une étude régionale du transport non urgent des patients entre établissements et le processus de planification d'activités débutera au début de 2013-2014. En collaboration avec tous les partenaires (hôpitaux, foyers de soins de longue durée, fournisseurs de services municipaux, ambulances/SMU, ministère de la Santé et des Soins de longue durée), le RLISS envisage une solution typiquement nordique à ce problème de transport.

Dossiers de santé électroniques

Étant donné l'immensité du territoire du Nord-Est, la population dispersée et les enjeux liés au recrutement et à la rétention du personnel médical, le RLISS du Nord-Est a embrassé la technologie et les dossiers de santé électroniques pour transformer les services de santé. Plusieurs initiatives ont été entreprises l'année dernière.

- Plus de 49 000 patients ont été servis grâce à la télémédecine dans 273 emplacements, une augmentation de 42 % par rapport à 2011-2012. Le RLISS reste le plus grand utilisateur de la télémédecine parmi les 14 RLISS de l'Ontario.
- Programme de télésoins à domicile – une centaine de patients atteints d'insuffisance cardiaque et de bronchopneumopathie chronique obstructive ont été acheminés à ce programme au cours des premiers mois après son lancement. Le RLISS du Nord-Est est un de trois RLISS dans ce déploiement initial.
- Portée élargie du projet d'intégration des cabinets médicaux (ICM). Le West Parry Sound Health Centre (un établissement non inscrit à Meditech) s'est joint au programme d'ICM, ce qui porte notre total à 25 hôpitaux. Le RLISS a élargi le projet aux infirmières praticiennes et aux centres de santé communautaire. L'ICM permet aux hôpitaux de verser les sommaires des congés et les rapports d'examens de laboratoire et d'imagerie diagnostique directement au dossier de santé électronique du fournisseur de soins primaires.
- Plus de 200 coordonnateurs de la télémédecine ont assisté à une conférence éducative du Réseau Télémédicine Ontario animée par les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest et le RTO en octobre 2012.

- On a établi le conseil de l'intégration et de l'alignement (CIA) qui regroupe les directeurs généraux et les chefs de l'information des 25 hôpitaux. Le conseil présente des suggestions et recommande des solutions et des stratégies de mise en œuvre pour la région, favorisant ainsi l'efficacité, la normalisation, l'achat et l'approvisionnement partagés et l'interopérabilité des systèmes.
- Projet d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur des ANS – en tant que participant de la 3e grappe avec les RLISS du Nord-Ouest, du Sud-Est et de Champlain. Le RLISS du Nord-Est a accepté l'état futur des systèmes de gestion des patients en soins actifs aux soins continus complexes, à la réadaptation, aux soins de longue durée et aux soins à domicile. Notre RLISS a également participé à une normalisation provinciale et a obtenu une normalisation des ensembles minimaux de données pour les formulaires d'acheminement. Il a aussi compilé des cartes de l'état futur pour les congés vers les services de soutien communautaire et les services de santé mentale et de traitement des dépendances.
- Le RLISS a travaillé avec la gestion de l'information sur les soins communautaires pour mettre œuvre des outils d'évaluation électronique et des systèmes administratifs pour les services de soutien communautaire, les services de santé mentale et detoxicomanie, les foyers de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires et les petits hôpitaux. Le Dossier d'évaluation médicale intégré (DEMI) est une application qui permet aux utilisateurs autorisés de visionner plusieurs évaluations communautaires pour un seul patient.
- Le RLISS a appuyé le déploiement du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) dans le secteur hospitalier. Tous les hôpitaux planifient ou mettent en œuvre une solution en vue de soumettre les résultats des analyses de laboratoire au SILO et d'améliorer l'accès ou le visionnement pour les cliniciens.

Stratégie de lutte contre le diabète

En octobre 2012, le RLISS a tenu son deuxième forum régional sur la prévention et la gestion des maladies chroniques (PGMC) qui a attiré près de 200 participants. On a donné à ces derniers un aperçu des programmes associés à la PGMC, examiné l'accès aux services et les lacunes à cet égard et identifié les priorités connexes. Le forum était destiné aux planificateurs des services de santé, aux hôpitaux, aux équipes de santé familiale, aux fournisseurs de services de santé, aux centres de santé communautaire et aux organismes associés aux maladies chroniques dans le RLISS du Nord-Est.

La direction du programme de lutte contre le diabète du Nord a été transférée au RLISS en novembre 2012; il inclut 21 programmes d'éducation du diabète et le centre de coordination régional. Depuis lors, le RLISS a entrepris un travail exhaustif pour :

- assurer la prestation continue des services cliniques durant la transition;
- améliorer la coordination des soins;
- augmenter l'accès à un plus grand nombre de programmes intégrés pour le diabète;
- identifier et régler le recoupement et les lacunes des services.

Activités d'intégration du RLISS du Nord-Est

Le RLISS du Nord-Est continue de se concentrer sur les activités d'intégration qui appuient des soins aux patients améliorés, une prestation plus uniforme des services et des programmes cliniques mieux coordonnés pour les patients et les usagers du système de santé.

En 2012-2013, le conseil d'administration du RLISS a approuvé les intégrations volontaires suivantes :

Intégration de l'Hôpital de Thessalon et de l'Hôpital Matthews Memorial au sein du Pavillon santé du district de Blind River
Cette intégration des opérations des hôpitaux porte sur le transfert des programmes et services antérieurement fournis par l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie. Le transfert des opérations de l'Hôpital de Thessalon et de l'Hôpital Matthews Memorial au sein du Pavillon santé du district de Blind River signifie que le processus décisionnel et la planification des services de santé en milieu rural relèveront d'un petit hôpital rural. Auparavant, le RLISS a tenu des séances de participation communautaire dans la circonscription hospitalière pour présenter le concept de services de santé en milieu rural pour la région de la rive Nord d'Algoma.

Intégration entre le Réseau de soins palliatifs du Timiskaming et l'Hôpital de Kirkland et du district
Cette intégration améliorera la prestation des services, la viabilité et le continuum des soins. Le Réseau de soins palliatifs du Timiskaming, financé par le RLISS, fournit des services de soins palliatifs ambulants au district de Timiskaming depuis 1989. Il travaille étroitement avec les fournisseurs de services et les clients du district, fournissant une expertise et des ressources en soins palliatifs et des soins en fin de vie. Il est situé à l'Hôpital de Kirkland et du district depuis 20 ans.

Intégration entre l'Hôpital de Mattawa et La Maison des Aînés de Mattawa Seniors Living
L'hôpital a acheté la Maison de soins infirmiers Algonquin et s'y est intégré. Depuis lors, une société sans but lucratif (La Maison des Aînés de Mattawa Seniors Living (La Maison) a été créée. Par suite de cette intégration, le directeur général assumera le rôle d'administrateur du foyer de soins infirmiers et de l'hôpital, ce qui améliorera l'efficacité du processus et engendrera des économies pouvant être transmises aux pensionnaires. Il sera secondé par une équipe de cadres administratifs.

Intégration des services entre l'Algoma Manor Nursing Home et l'Association pour la réhabilitation des adultes handicapés (PHARA)
À Thessalon, l'Algoma Manor Nursing Home a transféré son service de popote roulante à la PHARA. Cette intégration horizontale reloge le programme dans un organisme ayant un mandat semblable et améliorera les services de santé communautaire, l'efficacité du programme et la satisfaction des clients.

Outre les intégrations susmentionnées, et à la suite de séances de participation communautaire exhaustives, des travaux préliminaires ont été effectués en 2012-2013 pour réaligner les services de santé dans l'intérêt de l'amélioration des soins aux patients, notamment :

Collaboration et intégration entre trois hôpitaux et les fournisseurs de services de santé dans le district de Temiskaming. Le conseil du RLISS a approuvé un plan de réalignement de Temiskaming en juin 2012 dans le but d'établir un système local axé sur le patient, de diminuer les pressions sur les fournisseurs du système et d'améliorer l'accès et les services dans le district. Voici quelques projets connexes :

- Intégration de trois hôpitaux : Englehart, Kirkland et Temiskaming.
- Intégration des fournisseurs de services de santé mentale et de toxicomanie.
- Adoption du modèle de maillons santé pour coordonner les services cliniques pour un grand nombre de personnes.

Collaboration et intégration entre les hôpitaux ruraux et les fournisseurs de services de santé du district de Cochrane. Le conseil du RLISS a approuvé un plan de réalignement de Cochrane en juin 2012 dans le but d'établir un système local axé sur le patient, de diminuer les pressions sur les fournisseurs du système et d'améliorer l'accès et les services dans le district. Voici quelques projets connexes :

- Intégration de la grappe de la santé mentale de Timmins
- Intégration des organismes de toxicomanie de Hearst, Kapuskasing, Smooth Rock Falls
- Entretiens sur l'intégration avec la Société Alzheimer de Timmins
- Adoption du modèle de maillons santé pour coordonner les services en milieu rural.

Collaboration et intégration entre les hôpitaux ruraux et les fournisseurs de services de santé du district d'Algoma. Voici quelques projets connexes :

- Entretiens sur l'intégration entre trois hôpitaux : Hornepayne, Chapleau et Centre de santé Lady Dunn
- Entretiens sur l'intégration concernant la Société Alzheimer de Sault Ste. Marie
- Adoption du modèle de maillons santé pour coordonner les services en milieu rural.

Collaboration et intégration des services hospitaliers et des fournisseurs de services de santé dans le district de Sudbury et Parry Sound / Nipissing. Voici quelques projets connexes :

- Intégration des Services gériatriques spécialisés du Nord-Est de la ville de Sudbury au Centre régional de santé de North Bay
- Intégration des organismes de toxicomanie de Sudbury
- Intégration entre Warmhearts (De tout cœur) et Maison Vale Hospice
- Intégration des sociétés Alzheimer de Sudbury et de North Bay
- Adoption du modèle de maillons santé pour coordonner les services.

Anne Hartman, 96 ans, pensionnaire de La Maison des Aînés Mattawa Seniors Living et vice-présidente du conseil des pensionnaires, parle du succès obtenu grâce à la collaboration et à la communication par suite de l'intégration entre l'Hôpital de Mattawa et La Maison des Aînés de Mattawa Seniors Living.

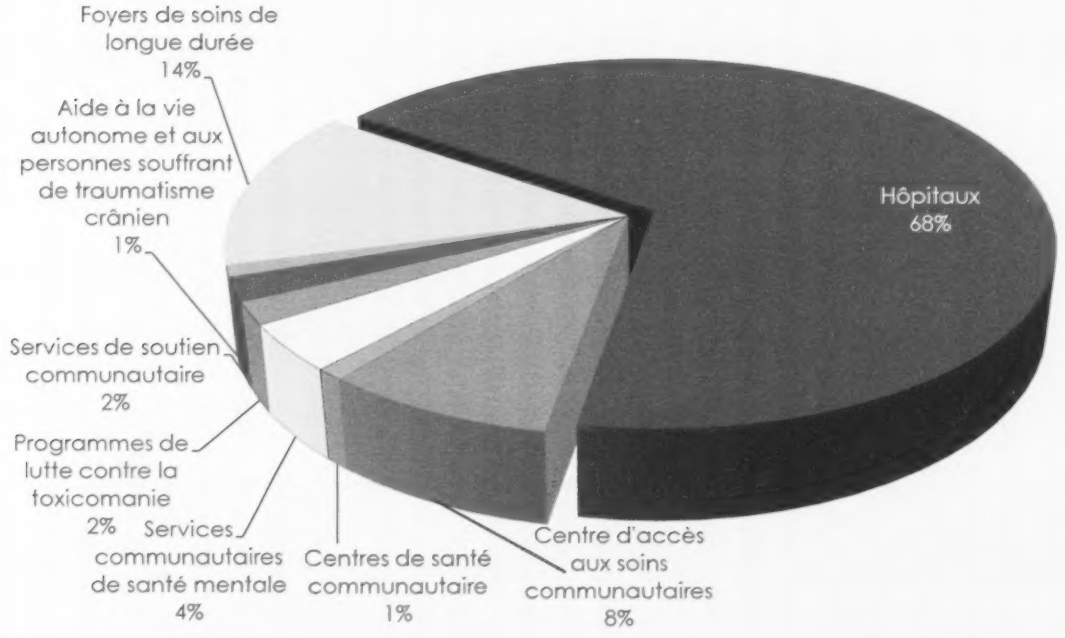
Analyse du rendement opérationnel du RLISS

Le RLISS du Nord-Est affichait un équilibre budgétaire à la fin de l'exercice 2012-2013. La présence de bureaux à North Bay, Sault Ste. Marie, Sudbury et Timmins a permis au personnel du RLISS de rencontrer plus souvent les fournisseurs de services de santé et les gens du Nord pendant l'année.

Grâce à de nombreuses séances de participation communautaire, nos 42 employés ont recueilli des renseignements qui ont permis au RLISS d'octroyer des fonds à des projets propices à une amélioration des soins aux patients et à une prestation plus intégrée et efficace des services offerts aux gens. Les séances de participation nous ont également aidés à cerner les priorités pour 2012-2013 et à répondre aux besoins de santé des gens du Nord.

Notre RLISS a mis en place trois médecins responsables dans les domaines des soins aux malades en phase critique, des services des urgences et des soins primaires. Leur contribution et leur savoir aident le RLISS à prendre des décisions visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins pour les gens du Nord.

Chaque année, le RLISS du Nord-Est octroie 1,4 milliard de dollars à 156 fournisseurs de services de santé pour près de 190 programmes de santé dans le Nord-Est ontarien.



États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

31 mars 2013

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

31 mars 2013

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des activités financières 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-15

Deloitte

Deloitte s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est (le « RLISS »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus dans le cadre de notre audit sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du RLISS au 31 mars 2013, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada.

Deloitte s.r.l.

Comptables professionnels agréés, comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 23 mai 2013

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État de la situation financière
au 31 mars 2013

	2013	2012
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**891 035**	360 696
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (note 3)	**-**	466
Débiteurs	**7 692**	16 431
Montant à recevoir au titre de la TVH	**70 904**	39 867
Montant à recevoir du Ministère – fournisseurs de services de santé (note 7)	**1 537 653**	7 992 935
	2 507 284	8 410 395
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**743 020**	358 087
Montant à verser au Ministère et à cyberSanté Ontario (10b, 10c)	**219 907**	76 904
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 3)	**28 155**	-
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 7)	**1 537 653**	7 992 935
Apports de capital reportés (note 4)	**232 212**	165 466
	2 760 947	8 593 392
Dette nette	**(253 663)**	(182 997)
Engagements (note 13)		
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**21 451**	17 531
Immobilisations corporelles (note 5)	**232 212**	165 466
	253 663	182 997
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

_____, administrateur

_____, administrateur

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	2013		2012
	Budget (note 6)	Montant réel	Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement du Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 7)	**1 380 587 300**	**1 420 730 615**	1 380 862 148
Activités du RLISS	**4 752 782**	**4 746 290**	5 002 882
Technologies habilitantes (note 9a)	-	**580 000**	600 000
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 9b)	-	-	72 000
Services de santé en français (note 9c)	**296 800**	**296 800**	296 800
Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (note 9d)	**796 159**	**796 159**	802 973
Chef de service des urgences (note 9e)	**75 000**	**75 000**	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique (note 9f)	**75 000**	**75 000**	75 000
Engagement autochtone (note 9g)	**100 000**	**100 000**	100 000
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (note 9h)	**100 000**	**100 000**	100 000
Chef des soins primaires (note 9i)	**75 000**	**75 000**	43 750
Centre régional de coordination de la lutte contre le diabète (note 9j)	-	**393 346**	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 4)	**59 400**	**88 600**	60 678
	1 386 917 441	**1 428 056 810**	1 388 091 231
Surplus au cours de l'exercice remboursé au Ministère (note 10)	-	-	(31 750)
Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario (note 10)	-	**(219 907)**	(76 904)
	1 386 917 441	**1 427 836 903**	1 387 982 577
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 7)	**1 380 587 300**	**1 420 730 615**	1 380 862 148
Frais généraux et administratifs (note 8)	**4 752 782**	**4 746 290**	5 002 882
Technologies habilitantes (note 9a)	-	**580 000**	539 451
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 9b)	-	-	72 000
Services de santé en français (note 9c)	**296 800**	**296 800**	296 800
Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (note 9d)	**796 159**	**796 159**	786 618
Chef de service des urgences (note 9e)	**75 000**	**75 000**	72 000
Chef des soins aux malades en phase critique (note 9f)	**75 000**	**73 003**	72 000
Engagement autochtone (note 9g)	**100 000**	**100 000**	100 000
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (note 9h)	**100 000**	**100 000**	100 000
Chef des soins primaires (note 9i)	**75 000**	**65 280**	18 000
Centre régional de coordination de la lutte contre le diabète (note 9j)	-	**185 156**	-
Amortissement des immobilisations corporelles	**59 400**	**88 600**	60 678
	1 386 917 441	**1 427 836 903**	1 387 982 577
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	2013	2012
	$	$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations corporelles	**(155 346)**	-
Amortissement des immobilisations corporelles	**88 600**	60 678
Augmentation des charges payées d'avance, montant net	**(3 920)**	(16 853)
(Augmentation) diminution de la dette nette	**(70 666)**	43 825
Dette nette au début	**(182 997)**	(226 822)
Dette nette à la fin	**(253 663)**	(182 997)

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	2013	2012
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations corporelles	88 600	60 678
Amortissement des apports de capital reportés (note 4)	(88 600)	(60 678)
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie du fonds de roulement		
Diminution du montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS	466	1 166
Diminution des débiteurs	8 739	51 288
(Augmentation) diminution du montant à recevoir au titre de la TVH	(31 037)	69 939
Diminution du montant à recevoir du Ministère - fournisseurs de services de santé	6 455 282	12 705 062
Augmentation des charges payées d'avance	(3 920)	(16 853)
(Augmentation) diminution des créditeurs et charges à payer	232 409	(275 476)
Augmentation (diminution) du montant à verser au Ministère et à cyberSanté Ontario	143 003	(283 312)
Augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	28 155	-
Diminution du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	(6 455 282)	(12 705 062)
	377 815	(453 248)
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(2 822)	-
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 4)	155 346	-
Augmentation (diminution) nette de la trésorerie	530 339	(453 248)
Trésorerie au début	360 696	813 944
Trésorerie à la fin	891 035	360 696

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Notes complémentaires
31 mars 2013

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), sous l'appellation Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissoutes. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend la région du nord-est de l'Ontario. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère et établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert au Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS. Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2013.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur d'actifs.

2. Principales conventions comptables (suite)

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations corporelles.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'une immobilisation corporelle de façon considérable sont immobilisées.

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Mobilier et agencements	5 ans (méthode linéaire)
Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises et qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

2. Principales conventions comptables (suite)

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

Adoption de nouvelles normes comptables

Au 1er avril 2012, le RLISS a adopté le chapitre 1201, intitulé « Présentation des états financiers », le chapitre 2601, intitulé « Conversion de devises », le chapitre 3410, intitulé « Paiements de transfert », et le chapitre 3450, intitulé « Instruments financiers » du *Manuel de comptabilité pour le secteur public*. L'adoption de ces nouvelles normes n'a eu aucune incidence sur les états financiers.

3. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et le Partenariat des RLISS (le « PRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et le PRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR ou du PRLISS payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR ou du PRLISS (à verser au BSPR ou au PRLISS). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention que le BSPR et le PRLISS ont conclue avec tous les RLISS.

4. Apports de capital reportés

	2013	2012
	$	$
Solde au début	**165 466**	226 144
Apports de capital reçus	**155 346**	-
Amortissement	**(88 600)**	(60 678)
Solde à la fin	**232 212**	165 466

5. Immobilisations corporelles

	Coût	Amortissement cumulé	2013 Valeur comptable nette	2012 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Mobilier et agencements	165 521	115 163	50 358	38 603
Matériel informatique	142 000	111 748	30 252	-
Améliorations locatives	1 064 315	912 713	151 602	126 863
	1 371 836	1 139 624	232 212	165 466

Transactions sans effet sur la trésorerie

Au cours de l'exercice, des immobilisations corporelles ont été acquises à un coût global de 155 346 $ (néant en 2012), dont une tranche de 152 524 $ (néant en 2012) et une tranche de 2 822 $ (néant en 2012) ont été payées après la fin de l'exercice et au cours de l'exercice, respectivement.

6. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2012. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux principes de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget du financement d'exploitation total des fournisseurs de services de santé de 1 420 730 615 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget du financement initial des fournisseurs de services de santé	1 380 587 300
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	40 143 315
	1 420 730 615

Le budget d'exploitation total de 7 237 595 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	6 270 741
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	1 122 200
Montant considéré comme un apport en capital	(155 346)
Budget total	7 237 595

7. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 1 420 730 615 $ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit :

	2013	2012
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**953 579 910**	931 799 098
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**239 625**	239 625
Centres de soins de longue durée	**206 007 661**	201 330 568
Centres d'accès aux soins communautaires	**119 827 431**	115 762 445
Services de soutien communautaires	**27 192 174**	25 759 201
Lésion cérébrale acquise	**2 675 799**	2 424 099
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**17 079 979**	14 043 889
Centres de soins de santé communautaires	**17 733 603**	16 736 495
Programmes communautaires de soins de santé mentale	**54 037 471**	51 687 216
Programmes de lutte à la toxicomanie et au jeu compulsif	**22 356 962**	21 079 512
	1 420 730 615	1 380 862 148

Le RLISS reçoit du Ministère de l'argent qu'il répartit à son tour entre les fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2013, un montant de 1 537 653 $ (7 992 935 $ en 2012) devait être reçu du Ministère et versé aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges à l'état des activités financières, et il est inclus dans le tableau précédent.

8. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2013	2012
	$	$
Salaires et charges sociales	2 997 634	3 147 545
HOOPP	280 940	277 710
Autres avantages sociaux	316 553	324 458
Frais de déplacement du personnel	133 817	178 767
Frais de déplacement des membres du Conseil	9 214	18 524
Communications	86 888	66 264
Frais d'hébergement	207 443	195 058
Publicité	24 979	46 969
Honoraires de services-conseils	58 907	50 659
Location de matériel	18 695	18 997
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	-	21 375
Indemnités quotidiennes des autres membres du Conseil	4 100	17 510
Assurances	5 977	16 337
Bureau des services partagés des RLISS	341 520	382 525
Partenariat des RLISS	47 500	26 971
Autres charges liées aux réunions	47 908	44 154
Autres charges liées au Conseil	8 185	36 440
Frais d'impression et de traduction	70 799	55 895
Développement du personnel	22 695	18 896
Matériel de technologies de l'information	14 794	20 895
Fournitures et matériel de bureau	30 182	24 995
Autres	17 560	11 938
	4 746 290	5 002 882

9. a) Technologies habilitantes

Le Ministère a octroyé un montant de 580 000 $ au RLISS. Le RLISS compte quatre employés à temps plein afin de prendre en charge les activités du bureau de gestion de projets liés aux technologies habilitantes. En plus des charges salariales liées à ces employés, le RLISS a également engagé des coûts relativement aux projets dont ce groupe est responsable. Le montant total des charges engagées par le RLISS relativement aux technologies habilitantes se chiffre à 580 000 $.

b) Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario

Le RLISS n'a reçu aucun financement du Ministère relativement au projet Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario au cours de l'exercice 2012-2013.

9. c) **Services de santé en français**

Le RLISS a reçu du Ministère un montant de 296 800 $ aux fins des programmes Services de santé en français. Ces fonds ont permis au RLISS d'embaucher trois membres du personnel à temps plein pour travailler sur ce dossier. En outre, les fonds ont été utilisés pour couvrir les frais de déplacement et les autres charges liées au personnel. Le montant total des charges engagées relativement aux services de santé en français s'est établi à 296 800 $.

d) **Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario**

Le RLISS a reçu du Ministère un montant de 796 159 $ afin de financer l'exploitation du Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario. Ces fonds ont été dépensés.

e) **Chef de service des urgences**

Le Ministère a octroyé un financement non récurrent de 75 000 $ au RLISS afin de payer le chef de service des urgences du RLISS. Le RLISS a engagé un médecin de la région comme chef de service des urgences et lui a versé un montant total de 75 000 $ pour l'exercice 2012-2013.

f) **Chef des soins aux malades en phase critique**

Le Ministère a octroyé un financement non récurrent de 75 000 $ au RLISS afin de payer le chef des soins aux malades en phase critique du RLISS. Le RLISS a engagé un médecin de la région comme chef des soins aux malades en phase critique et lui a versé un montant total de 73 003 $ pour l'exercice 2012-2013.

g) **Engagement autochtone**

Le Ministère a fourni un financement de base additionnel de 100 000 $ relativement à l'engagement du RLISS du Nord-Est auprès de la population et des organismes autochtones. Le montant total des charges payées au moyen de ce financement s'élève à 100 000 $.

h) **Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (ANS)**

Le Ministère a fourni un financement non récurrent de 100 000 $ afin d'aider le RLISS à couvrir la rémunération du chef de la performance du projet Urgences – ANS du Nord-Est. Le financement a entièrement été dépensé.

i) **Chef des soins primaires**

Le Ministère a octroyé un financement non récurrent de 75 000 $ au RLISS afin de payer le chef des soins primaires du RLISS dans le cadre du programme lié au chef des soins primaires du RLISS. Le RLISS a engagé un médecin de la région comme chef des soins primaires et lui a versé un montant total de 65 280 $ pour l'exercice 2012-2013.

j) **Centre régional de coordination de la lutte contre le diabète**

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a octroyé un financement non récurrent de 542 200 $ au RLISS afin d'aider celui-ci à atteindre les objectifs du programme du centre régional de coordination de la lutte contre le diabète. Au cours de l'exercice, des charges de 185 156 $ et des dépenses en immobilisations de 148 854 $ ont été engagées.

10. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de rendement, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère se compose des éléments suivants :

	Financement reçu	Charges admissibles	Excédent
	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	1 420 730 615	1 420 730 615	-
Activités du RLISS	4 746 290	4 746 290	-
Amortissement des immobilisations	88 600	88 600	-
Technologies habilitantes	580 000	580 000	-
Services de santé en français	296 800	296 800	-
Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario	796 159	796 159	-
Chef de service des urgences	75 000	75 000	-
Chef des soins aux malades en phase critique	75 000	73 003	1 997
Engagement autochtone	100 000	100 000	-
Urgences – Autre niveau de soins	100 000	100 000	-
Chef des soins primaires	75 000	65 280	9 720
Centre régional de coordination de la lutte contre le diabète	393 346	185 156	208 190
	1 428 056 810	1 427 836 903	219 907

b) Le montant à verser au Ministère se compose des éléments suivants :

	2013	2012
	$	$
Solde au début	16 355	360 216
Montant du financement engagé au cours de l'exercice et remboursable au Ministère	-	31 750
Montant du financement remboursé au Ministère	(16 355)	(391 966)
Montant du financement remboursable au Ministère (note 10a)	219 907	16 355
Solde à la fin	219 907	16 355

10. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario (suite)

c) Le montant à verser à cyberSanté Ontario se compose des éléments suivants :

	2013	2012
	$	$
Solde au début	60 549	-
Montant remboursé à cyberSanté Ontario	(60 549)	-
Montant du financement remboursable à cyberSanté Ontario (note 10a)	-	60 549
Solde à la fin	-	60 549

11. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 49 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2013 s'est établi à 358 749 $ (348 703 $ en 2012) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été effectuée au 31 décembre 2012, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

12. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

13. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des immeubles et du matériel. Les paiements minimaux exigibles en vertu de ces contrats s'établissent comme suit :

	$
2014	292 118
2015	223 250
2016	102 661
2017	59 500
2018	60 917
Par la suite	328 667
	1 067 113

Le RLISS a aussi des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Au 31 mars 2013, le RLISS avait conclu des ententes de responsabilité avec tous les hôpitaux, les centres de soins de longue durée et les organismes communautaires. Les montants réels qui seront ultimement versés sont conditionnels au financement réel reçu du Ministère.